令和　年　月　日

# インフルエンザ予防接種予診票

| カルテNO. | | 診療前の体温 | 度　分 |
|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 住　所 | 電話（　　）　－ | | | |
| 受ける人の氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 明・大<br>昭・平　年　月　日生<br>（満　歳　ヵ月） |

| 質問事項（あてはまる項目を〇でかこんでください） | 解答欄 | | 医師記入欄 |
|---|---|---|---|
| 今日体に具合の悪いところがありますか。あればその症状をお書きください。<br>症状（　　） | ある | ない | |
| 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。<br>病名（　　） | はい | いいえ | |
| 1ヶ月以内に家族や友達で麻しん、風しん、おたふくかぜ、水痘などにかかった方がいますか。<br>病名（　　） | はい | いいえ | |
| 1ヶ月以内に予防接種をうけましたか。<br>予防接種名（　　） | はい | いいえ | |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。<br>予防接種名（　　） | ある | ない | |
| 家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。 | いる | いない | |
| 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師に診察を受けていますか。<br>病名（　　） | はい | いいえ | |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。 | はい | いいえ | |
| ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。（　　年　　月頃） | ある | ない | |
| そのとき熱がでましたか。 | はい | いいえ | |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。<br>あればその内容（　　） | ある | ない | |
| たまご又は鶏肉を食べて発疹が出来たり、下痢をしたことがありますか。 | ある | ない | |
| ゼラチンの入ったグミゼリー、プリン、アイスクリームなどの食品を食べた後口周囲がかゆくなったり、じんましんがでたことがありますか。 | ある | ない | |
| 現在、妊娠していますか。 | はい | いいえ | |
| そのほか、特に変わったことはありませんか。 | ある | ない | |
| 今日の予防接種について質問がありますか。 | ある | ない | |

医師の記入欄

以上の問診および診療の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）　　医師のサイン ＿＿＿＿＿＿＿＿

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか。（はい・見合わせる）　　本人のサイン ＿＿＿＿＿＿＿＿

| 使用ワクチン名 | 接種量 | 接種場所・医師名・接種年月日 |
|---|---|---|
| ワクチン名　：<br>メーカー名　：<br>LOT NO.　： | （皮下接種）<br>回目<br>ml | 実施場所　：医療法人輝栄会　福岡輝栄会病院<br>医師名　：<br>接種年月日　：令和　年　月　日（　）　時　分 |